

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juin 1896, à une heure

Par **LOUIS BONHOMMET**

LAURÉAT DES HÔPITAUX DE NANTES

MÉDAILLE D'ARGENT 1894

Né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), le 3 Juillet 1869

DES LYMPHANGIECTASIES CUTANÉES

ET PARTICULIÈREMENT

D'UNE FORME LYMPHORRHAGIQUE VÉGÉTANTE

AVEC ELEPHANTIASIS

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
WURTZ et ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANTES

IMPRIMERIE ÉMILE GRIMAUD ET FILS

4, PLACE DU COMMERCE, 4

1896

315



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0061

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 4 Juin 1896, à une heure

Par **LOUIS BONHOMMET**

LAURÉAT DES HÔPITAUX DE NANTES

MÉDAILLE D'ARGENT 1894

Né à Saint-Servan (Ille-et-Vilaine), le 3 Juillet 1869

DES LYMPHANGIECTASIES CUTANÉES

ET PARTICULIÈREMENT

D'UNE FORME LYMPHORRHAGIQUE VÉGÉTANTE

AVEC ELEPHANTIASIS

Président : M. DEBOVE, professeur.

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
 { WURTZ et ACHARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANTES

IMPRIMERIE ÉMILE GRIMAUD ET FILS

4, PLACE DU COMMERCE, 4

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	***
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et Appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et Matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.

Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des Maladies du système nerveux.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAX.
	{ BERGER.
Clinique des Maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

MM.

Agrégés en exercice

ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SÉBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	G. de la TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	des Trav. anat.	WALTHER.
CHANTEMESSE	HEIM.	RETTNER.	WEISS.
CHASSEVENT.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHARRIN.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	SCHWARTZ.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions admises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES FRÈRES

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et d'affectueuse gratitude

A MES FRÈRES, A MON COUSIN

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'hôpital Beaujon

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT MALHERBE

Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes
Chirurgien des hôpitaux

MON CHER MAÎTRE,

En inscrivant ici votre nom vénéré, j'accomplis un devoir et j'obéis à de bien doux sentiments. Non seulement vous m'avez offert le sujet si intéressant de cette thèse, mais vous avez encore daigné m'éclairer de vos conseils, me communiquer vos recherches, et m'inspirer ces pages que je dois à votre science, à votre bienveillance et à votre affection. Je vous les dédie, ces pages, mon cher maître ; vous y lirez ma profonde reconnaissance pour l'intérêt sans cesse croissant que vous m'avez témoigné durant mes études médicales. Elève dans votre service de l'Hôtel-Dieu, j'ai eu l'insigne honneur d'être choisi par vous comme aide à votre Clinique libre des Voies Urinaires. C'est là surtout qu'il m'a été donné de profiter de vos savantes leçons et de votre enseignement pratique si original. Merci, mon cher maître, pour tant de bienfaits précieux ; je les grave à jamais au fond de ma mémoire.

A TOUS MES MAITRES

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOIFFIN

A MON AMI, LE DOCTEUR HENRY MALHERBE

INTRODUCTION .

Nous sommes heureux, au début de ce travail, d'offrir à notre cher et vieil ami le D^r Henry Malherbe, l'hommage de notre affection et de notre sincère gratitude. Nous le remercions bien vivement de sa parfaite aménité, de son zèle généreux et de sa cordiale collaboration.

Merci à notre excellent ami Fillion, interne des hôpitaux, préparateur d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Ecole de Médecine de Nantes, du concours si obligeant qu'il a bien voulu nous prêter dans nos recherches bactériologiques.

M. le professeur Rappin nous a gracieusement ouvert son laboratoire ; nous lui en sommes très reconnaissant.

C'est à la bienveillance et à l'extrême habileté de M. le professeur Ménier que nous devons les épreuves photographiques qui ornent ce travail. Nous tenons à lui adresser ici nos vifs remerciements.

M. le professeur Debove a daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il nous permette de lui présenter nos plus respectueux hommages.

PRÉAMBULE

Depuis longtemps déjà, les cliniciens aussi bien que les anatomo-pathologistes se sont préoccupés des altérations morbides des vaisseaux lymphatiques. Sans prétendre ici retracer l'histoire complète de la question, nous rappellerons les principaux travaux publiés sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger.

En 1808, nous trouvons l'observation d'Alard qui relate l'histoire d'une maladie particulière au système lymphatique.

Vient ensuite toute une série d'articles qui constituent une véritable phase clinique dans l'historique de cette maladie. Nous les devons à Binet, Breschet, David et Demarquay, pour ne citer que les principaux.

Verneuil, Trélat, et Théophile Anger ajoutent à la relation clinique des faits quelques aperçus sur l'anatomie pathologique (1867). Ils distinguent aussi un certain nombre de types dans la pathogénie des lésions des vaisseaux lymphatiques, et essaient d'en donner une classification.

Depuis cette date, les auteurs français qui ont écrit sur ce sujet sont peu nombreux. Nous citerons cependant un essai de Viguier sur les varices lymphatiques (1875), les études de Desert (1877), de Marquez (1879), de Massonie (1876), la thèse de Jourdan (Montpellier 1880), celle de Papin (Bordeaux 1886), enfin les leçons cliniques de Péan (1879-80), et la remarquable monographie de Chipault (1889).

En même temps se publient, en Angleterre, les mémoires de Jackson (1866), de Hill, de Day et de Cholmeley (1869).

Le travail le plus complet que les Américains aient produit sur cette branche de la pathologie est celui de Busey (1878).

Les annales de la science allemande fournissent un grand nombre de documents sur cette étude intéressante.

Citons seulement ceux que nous devons à Meckel et Fetzer (1818 et 1849), à Scholtz, Petters, Klebs (1860 et 1869), Pospelow (1879), Kaposi (1891, édition traduite par Besnier et Doyon. Note des traducteurs).

Mais malgré tant d'efforts et de laborieuses recherches, cette importante question ne nous paraît pas avoir été entièrement élucidée au point de vue de l'anatomie pathologique et de l'étiologie du processus morbide.

En outre, dans toutes les classifications ¹ que les observateurs nous ont données des différents types de dilatations lymphatiques, ils nous paraissent avoir fait un rapprochement trop intime entre les lymphangiectasies vraies et les dermatolymphangiômes. Ce rapprochement a parfois entraîné de regrettables confusions.

Nous voulons, donc, à propos d'un cas curieux qu'il nous a été permis d'observer à la Clinique libre de M. le professeur Albert Malherbe, essayer, dans la mesure de nos forces, de préciser ces quelques points d'étiologie et d'anatomie pathologique encore demeurés dans l'ombre.

Nous ajouterons à une description histologique détaillée quelques notes de bactériologie, et nous nous efforcerons de réagir contre cette tendance que l'on a d'identifier les lymphangiômes et les varices lymphatiques, tendance qui ne nous semble pas justifiée.

1. Elles distinguent, en général, trois types :

Dilatation du ganglion.

» du tronc.

» du réseau en masse.

CHAPITRE PREMIER

Etude Clinique

(OBSERVATION PERSONNELLE)

Le 3 février 1893 se présente à nous une jeune fille de 18 ans 1/2, nommée Joséphine G***. Elle réclame nos soins pour une éruption vésiculeuse et suintante, siégeant aux organes génitaux externes et à la face supéro-interne de la cuisse gauche.

Les antécédents de cette malade sont bons et ne permettent de relever aucune tare pathologique, familiale ou personnelle.

Le début de l'affection remonte à deux ans. A la suite d'une légère écorchure produite au niveau de la racine du membre gauche par le corset de la malade, alors qu'elle franchissait un petit mur, il se développe une éruption très curieuse de véritables petites verrues ou végétations. Ces végétations sont transparentes et varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain de froment. Elles rendent, en quantité, un liquide analogue à de la lymphe.

On en excise deux ou trois pour les examiner. La douleur est modérée, mais l'hémorragie abondante. Comme traitement, on conseille des cautérisations au perchlorure de fer, suivies de poudrages à l'oxyde de zinc. Ce traitement reste sans effet.

Un mois après environ (10 mars 1893), l'état ne s'étant pas sensiblement modifié, on pratique, avec une pointe fine de thermo-cautère, la cautérisation de deux des petites tumeurs verruqueuses. La lymphorragie semble persister malgré cette intervention. Ce n'est qu'un mois plus tard que les végétations brûlées sont remplacées par une petite cicatrice punctiforme, blanchâtre, qui ne donne lieu à aucun suintement.

Depuis lors, encouragé par ce résultat, nous fîmes, après avoir endormi la malade au chloroforme, une cautérisation aussi complète que possible de toutes les végétations existantes.

Avant d'opérer, la lésion fut photographiée par M. le professeur Ménier, puis une certaine quantité de lymphe fut en même temps recueillie par M. le professeur Rappin, pour l'examen bactériologique.

Malgré cette tentative, la maladie ne s'amende que faiblement.

De nouvelles végétations viennent remplacer celles qui avaient été détruites par le feu, et le membre inférieur gauche reste toujours fortement œdémateux et un tiers plus gros que son congénère.

Au niveau de la vulve, au contraire, c'est la grande lèvre droite qui présente le plus de lésions.

Voici, maintenant, avec quelques détails, la description des éléments constitutifs de cette étrange dermopathie, dont nous venons d'indiquer la topographie.

On les observe le plus aisément au pli de l'aîne et sur le ventre, au-dessus du mont de Vénus. C'est là qu'on peut voir leur mode d'apparition.

En regardant attentivement la peau encore peu altérée de ces régions, on y voit de petites saillies sinueuses, demi transparentes, tout à fait comparables au dessin d'un cours d'eau sur une carte de géographie ; ce sont des lymphatiques superficiels dilatés.

Sur le trajet de ces petits fleuves, on voit de distance en distance des vésicules ayant exactement l'aspect de sudamina, et variant, comme grosseur, depuis la limite de la visibilité jusqu'au volume d'un grain de chénevis.

Lorsque l'éruption progresse, on voit que ces vésicules sont multiloculaires ; elles atteignent ainsi la grosseur d'un pois vert et peuvent se réunir, formant ainsi par confluence de grosses végétations. Dans les points où les végétations ont acquis ce volume, la peau sous-jacente est œdématiée ; aux grandes lèvres notamment, elle est chagrinée comme une peau d'orange.

Revenons aux plus volumineuses végétations. Les cloisons qui les subdivisent se congestionnent, ainsi que la peau qui leur sert de base, de sorte qu'elles arrivent à être roses et à prendre sur les grandes lèvres une couleur voisine de celle des végétations simples. Elles restent cependant toujours un peu plus pâles et présentent une translucidité très nette, que l'on ne trouve pas dans les papillomes muqueux.

Quant on vient à piquer, soit une vésicule isolée, soit une végétation résultant de la confluence de plusieurs vésicules, on voit apparaître une goutte de lymph clair ou rosée qui bientôt s'écoule le long de la cuisse et continue à couler indéfiniment, à peu près comme cela s'observe quand on traite par l'acupuncture des jambes très œdématiées.

Alors même que les vésicules ne sont pas piquées volontairement, elles se crevent, soit par suite du frottement des vêtements, soit par l'amincissement progressif de l'épiderme.

Il en résulte que la vulve et les faces internes des cuisses sont toujours baignées de liquide, comme si la malade était atteinte d'une incontinence d'urine.

Que l'on ajoute à ce tableau, les lésions irritatives résultant de la macération des tissus, et l'on pourra se faire une idée de la singulière dermatose offerte par notre malade.

la grande lèvre gauche ; puis on recueille de la lymphe et du sang pour en refaire l'examen bactériologique. Enfin, on fait des pointes de feu de 0,03 centimètres de profondeur sur les grandes lèvres, avec une fine pointe de thermo-cautère.

Le 30 septembre 1895, la malade revient se faire examiner. Il y a une véritable transformation, au point de vue local. Les végétations ont beaucoup diminué. Il n'y en a plus que quelques petites à la partie inférieure des grandes lèvres. On note encore quelques petites vésicules sur le mont de Vénus, les grandes lèvres et la trainée déjà citée de la région abdominale.

Les grandes lèvres sont toujours œdémateuses, surtout la droite. La jambe gauche est toujours éléphantiasique.

Pour la première fois, nous apprenons que la malade a eu, à plusieurs reprises, des accès de fièvre, la forçant à s'aliter et s'accompagnant de vastes placards rouges, un peu douloureux et œdémateux disséminés sur le membre inférieur gauche.

Il s'agit peut-être là de poussées de lymphangite ?

L'état général est médiocre. Il existe un peu d'anémie. Le traitement conseillé est : continuer la compression, et prendre du fer à l'intérieur sous forme de perchlorure, à la dose de 10 à 15 gouttes par 24 heures. On fait une nouvelle prise de sang et de lymphe pour l'examen bactériologique.

Mars 1896. — Actuellement Joséphine G... se porte bien. L'état local est assez amélioré. Il existe bien encore quelques vésicules transparentes, mais elles sont discrètes et ne forment plus ces tumeurs végétantes observées antérieurement. L'œdème éléphantiasique subsiste toujours. L'état général est bon et la malade peut exercer, sans grandes fatigues, son métier de domestique.

RÉFLEXIONS

Sous bien des rapports, cette observation concorde avec toutes celles qui ont été publiées sur ce sujet¹. Nous retrouvons là tous les caractères qui ont été indiqués comme symptomatiques des lymphangiectasies : le siège, qui est le plus souvent aux membres inférieurs et aux organes génitaux² ; les dilatations des troncs avec leur semis de vésiculettes ; la coloration normale et un peu rosée de la peau ; enfin, le grand signe pathognomonique : l'écoulement de lymph continu ou intermittent. L'œdème éléphantiasique, toujours signalé dans les cas analogues, existe également.

Mais où l'histoire de notre malade devient moins banale, c'est d'abord dans la tendance végétante des vésicules. Nulle part, nous n'avons vu nettement, indiqué ou décrit cette confluence des vésicules, arrivant à former de véritables petites tumeurs frambœsiformes.

Elles ont une analogie complète, comme nous l'avons déjà dit, avec les végétations simples, si l'on excepte toutefois leur translucidité qui n'existe point dans les papillomes muqueux.

1. Voir tableau résumé, page 10.

2. Les varices lymphatiques ont été constatées aussi sur la muqueuse buccale. (Cas de Tenneson et Darier. *An. de Derm. et de Syphil.* 1893).

Le second trait de cette histoire clinique, qui mérite d'attirer l'attention, porte sur l'œdème éléphantiasique. La coïncidence avec des lymphangites répétées, comme nous l'avons mentionné dans le courant de notre observation, est un fait dont l'étude a déjà été ébauchée¹ et sur lequel nous nous proposons de revenir ultérieurement, au chapitre de la pathogénie.

Nous résumons dans le tableau synoptique suivant toutes les observations de varices lymphatiques que nous avons pu rencontrer dans les auteurs ou les diverses publications.

1. Sabouraud. An. de Derm. et Syph. 1893. Elephantiasis nostras.

I. — MEMBRES INFÉRIEURS

Auteurs	Sexe	Age	Particularités	Terminai- son
Michel. Journ. Méd. et chir. Juill. 1853.	2 Femmes.		Eléph. des memb. inf. Plaques mamelonnées à face int. de cuisse.	
Demarquay. M. soc. chir. 53, p. 130.	Homme.	17 ans	Vésicules à part. inf. int. de cuisse. Lymphorrhagies.	Guérison
Desjardins. Soc. biologie 31. t. II, 2 ^e série, p. 23.	Femme.		Vésicules donnant issue à lymph. à partie ant. sup. de cuisse gauche. Adénolymphocèle de aine gauche.	
Thibaut. Guntzburg Zeitschrift. f. Klin. med. 1836. Bd. VII, p. 447.	Garçon.	19 ans	Hypertrophie cuisse et jambe gauche à 6 mois. A 4 ans, granulations à partie ant. int. de cuisse. Lymphorrhagies.	Mort
Jackson. The med. Times and Gaz. Mars 1886.	Garçon.	16 ans	Erupt. vésic. ponct. sur côtés et avant de cuisse gauche. Lymphorrhagies.	
Hilton London Lancet. Cuticular, 66, t. II, p. 37.	Homme.	23 ans	Hypertrophie du memb. inf. droit et des part. génit. Vésicules à part. post. de cuisse droite. Lymphorrhagies.	
Scholtz. Wiener med. Wochenschrift. 1868.	Homme.	22 ans	Vésicules à face int. de cuisse droite. Lymphorrhagies.	
Cholmeley. Tr. of clin. soc. London, 69, II, 116-119.	Jeune fille.		Hypertrophie du memb. inf. droit. Peau soyeuse. Elevures sous peau des orteils. Ecoulement blanc.	
Georgevic. Laugenbecks. Arch. f. klin. chir. 71. Bd XII, p. 641.	Fille.	19 ans	Douleurs dans aine gauche à 9 ans. A 4 ans, vésic. sur face int. de cuisse gauche. Adénolymphocèle.	Opération Guérison
Masson. Th. Paris, 1876.	Homme.	50 ans	2 abcès à face dors. ext. du pied gauche depuis âge de 10 ans. Ulc. périod. consécut. à tuberculites d'orig. lymph.	
Masson. Id. Moulages 281, 358, 394 du Musée de l'hôp. Saint-Louis.	Homme.	38 ans	A région int. du cou de pied et sur 1/3 inf. de jambe, nodosités tubéreuses avec vésic. contenant sérosité. Autres saillies sur peau recouvrant tendon d'Achille. Adénolymphocèle ing.	Guérison
Besnier. Gaz. Hôp. 1878.	Homme.	70 ans	Lymphangites. Jambes hypertrophiées. Saillies papilliformes. Sérosité.	Guérison

I. — MEMBRES INFÉRIEURS

Auteurs	Sexe	Age	Particularités	Terminaison
Busey. American Journ. of. obstetric, vol. 10 et 11, 77-78.	Petite fille.		Hypertrophie memb. inf. droit. Vésicules à face int. de cuisse et sur faces ext. et post. du mollet. Nœvi.	Mort (par entérocélite)
T. Fox, Med. Times and Gaz. 26 Oct. 1878.	Jeune homme.	21 ans	Autopsie. Tumeur rétropéritonéale. Dilat. des lymphat. prof. et superf. du memb. Nœvi cuisse gauche. A 2 ans, excroissances sur peau de fesse, de région poplitée gauche et du pourtour de l'anus.	
Péan. Leçon de clin. chir. 79-80, p. 227.	Jeune fille.		Elevennes verruqueuses sur face int. de cuisse droite, s'étendant à part. inf. de abdomen. Lymphorrhagies.	
Marquez. Gaz. hebdom., 1879, p. 248.	Jeune homme.	17 ans	Lymphangionie de face int. de cuisse droite. Vésicules à part. sup. dans triangle ing.	Guérison
Jourdan. Th. Montpellier, 1880.	Fille.	14 ans	Coxalgie à part. int. de cuisse gauche, vésicules et cordons.	Mort
Middeidorp. Langenbecks Arch. f. Klin. chir., 85, Bd. XXXI, s. 593.	Jeune fille.	16 ans	Di'at analogues à part. int. de cuisse droite. Tumeur interinguino-trochant. dr. avec vésic. remplies de sérosité.	Op. Guérison
Nelaton. Soc. chir. 23 Mars 1887.	Jeune fille.	17 ans	Tumeur de région crurale droite avec vésicules.	Op. Récédive
Chipault. Arch. Gén. de méd., Mai 1889, p. 588.	Jeune homme.	13 ans 1/2	A part. post. de jambe gauche, vésic. Pas d'œdème. Hypertrophie des poils.	des vésic sur cicat
Waitz. Arch. für Klin. chir., XXXIX, p. 229. (1889).	Enfant.	2 ans	Hyperthermie du memb. dans triangle de Scarpa, tuméfaction. Cordons.	
Follet. Th. Paris, 1895.	Femme.	45 ans	Lymphorrhagies. Traité par bas à varices. Hypertrophie congenit. des memb. inf. Nœvus. Tumeurs cavern. Varices.	
Follet. id.	Femme.	56 ans	Lymphangiectasies. Lymphangite. Hypertrophie de jambe droite. Végétations papillomateuses à face ext. des malléoles. Lymphorrhagie. Jambes œdématisées. Rougeur lymphat. Éléphantiasis verruqueux. Sérosité.	

II. — ORGANES GÉNITAUX

Auteurs	Sexe	Age	Particularités	Terminai- son
Lebert. In Virchows Handbuch. der spec. path. und Therapie, Bd. V, u II. Krankh d. Abth und Lymphgefäße, s. 134.	Homme.	21 ans	Plaq. vesic. du triangle de Scarpa, du sillon genito-crural et du scrotum. Lymphorrhagies.	
Gutzburg. Ein Fall vom Geschwülste, d. Lymphgefäße Verhandl. d. prak. med. Gesellschaft in Wurtzburg, 1832, t. 2 p. 315.	Homme.		A face dors. du pénis, varices lymph. des troncs, à la base, varices dermiques.	
David. Th., Paris, 1865.	Homme.		Sur prépuce, à base du gland, vésicules avec lymphorrhagies.	
Verneuil. Bull. Soc. chir., 1867, p. 313.	Homme.		Eleph. du scrotum et des cuisses. Lymphorrhagies. Lymphoscrotum avec éléphantiasis.	
Day. The British med. Journ. 1869, I. 332, d'apr. Tr. clin. Soc. London, 1869, II. 104-114.	Enfant.	7 ans	Depuis âge de 2 ans, hypertrophie du memb. inf. droit. A 4 ans, vesic. scrot. préput. et du memb. inf. dr. Lymphorrhagies.	
	Homme.	22 ans	Vésicules face int. cuisse et scrotum.	
	Homme.	25 ans	Lymphangite. Œdème. Vésicules du dos de verge et de la face ant. du scrotum.	
	Jeune fille.	17 ans	A 14 ans, bulles jaunâtres à face int. de cuisse. Lymphorrhagies. Accès fébriles. Hypertrophie du membre. (Examen histologique).	Guérison
Bill. Tr. clin. Soc. London, II p. 114-116, 1889.	Femme.	23 ans	Vésicules sur grande lèvre gauche. Lymphorrhagie. Lymphangite. (Autopsie).	Mort
Trélat. Bull. Soc. chir., 2 ^e série. LX, p. 429-441	Jeune homme.	18 ans	Lymphorrhagie. Vésicules scrotales.	Mort
Moullage 156 du musée St-Louis.	Homme.	15 ans	Hypertrophie du pénis. Vesic. du pénis et du scrotum. (Œdème des memb. inf. Lymphorrhagies. (Exam. hist).	
Odenius de Sund. Nord med. Ark. VII, 2, n° 13, 1874.	Jeune femme.	25 ans	Vésic. des grandes lèvres. Lymphorrhagie abondante et permanente. Cautérisation.	Récidive
Petters et Klebs. Heilkunde, Prag. 75, XXV. p. 69-100.				
Müller. Hufelands. Journ. d'ap. Wernher, D. zeitschr., f. chir. Bd. V. 1875, s. 451.				
Fischer. Deutsch Zeits f. ch. 80. Bd. XII s. 22.				
Zur Nieden. Arch. f. path. Anat. B. 82, t. XC, p. 350-368.				

II. — ORGANES GÉNITAUX

Auteurs	Sexe	Age	Particularités	Terminai- son
Muller. Klin. Chir. Tubingen 1845.	Garçon.	8 ans	Lymphangiome des org. génit et de face int. de cuisse droite.	Guérison
Kaposi. Tr. Besnier et Doyon, t. II. Landau. Berlin. Klin. Wochenschrift, 21 Mai 1888.	Jeune homme. Homme	34 ans	Vésic. remplies de sérosité. Extirpation. Vésicules. Dilat. lymph. Lymphorrhagie. Hypertrophie du prépuce, de la verge. Lymphangiectasies.	
III. — SIÈGES DIVERS				
Felzer. Arch. fur. phys. Heilkunde, t. VIII, p. 428, 1849. Virchow. Virchows arch. Bd. II p. 59-125, 1854.	Jeune fille.	16 ans	Granulations sur ventre. Lymphorrhagies. Macroglossie lymphangiomateuse. Adénolymphocèle sous-maxil.	Récidive
Hebra. et trad. Doyon 78, t. II p. 373.	Femme.	32 ans	Vésicules sous langue. Nodosités sur tout le corps, semblables à syphilides. Au microscope, cavités contenant globules lymphatiques.	
Pospelow. Viert f. Derm. u. syph. 1879 p. 524.	Femme.	23 ans	A face int. manelle gauche, tumeur avec vésic. A la face, au cou, au ventre, aux extrémités, tumeurs analogues. Pas de lymphorrhagies. (Exam hist.).	
Lewinski. Virchows Arch. 1883, t. XCIII p. 373.			Lymphangiome de peau à contenu calcifié. (Exam. hist. sans étude clin.).	
Kobner. Virchows Arch. 1883, t. XCIII p. 343.	Homme.	21 ans	Nevromes multiples du plexus brachial gauche avec angiomes, lymphangiomes et neuro-fibromes du memb. sup. gauche.	
Lange. New-York. Med. Journ. 26 Mai 1883.	Jeune fille.	16 ans	A trois ans, tache axillaire de 0, 15/0,02 ou 0,03. Vésicules. Excis. Cauteris.	
Dumreicher bei Georgevic, cité par Esmark.	Garçon.	2 mois	Dilat. varig. Tuméfaction de tout côté droit du tronc, du sternum à colon, vertéb. de aisselle à os iliaque. Liquide lymphoïde.	
Van Duyse.	Fille.	8 ans	Tumeur au côté ext. de paupière sup. droite. Exam. hist. Dilat. lymphat. et des capillaires.	

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

1° HISTOLOGIE

Voici maintenant l'examen histologique de notre cas, fait par M. le professeur Malherbe. Un certain nombre de végétations ont été enlevées pour en pratiquer l'examen histologique. Nous avons également profité du sommeil anesthésique de la malade, pour enlever un petit fragment de la peau de la vulve (grande lèvre gauche), afin de rechercher si l'on y trouverait des lésions particulières.

Végétations. — Les morceaux les plus volumineux que nous ayons examinés présentent à peu près le volume d'un haricot. La surface en est inégale et mamelonnée.

De sorte que, sur une végétation représentant 1 centimètre cube, on peut trouver une dizaine de saillies, arrondies et légèrement rugueuses.

Les coupes, examinées à l'œil nu, présentent l'aspect que nous avons essayé de reproduire (fig. 1) en grandeur naturelle.

FIG. 1. — Coupe grandeur naturelle.

En L., Epiderme aminci; B., Collodion; A., Point correspondant à la même lettre de la fig. 2 et indiquant où l'on a fait la coupe; C., Cavités lymphatiques.



On voit qu'au-dessous de l'épiderme, les coupes sont trouées par un certain nombre de petites pertes de substance,

dont les unes sont dues à des accidents de préparation, tandis que les autres sont la coupe des dilatations lymphatiques qui caractérisent la maladie.

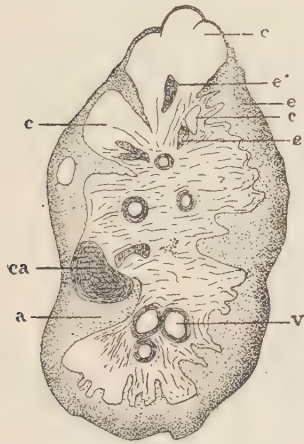


FIG. 2. — La même à un faible grossissement: obj. 2, oc. 4 Véric.ck.

C., Cavités lymphatiques; *E.*, épiderme; *E'*, Lambeaux épidermiques déchirés adhérents aux parties profondes; *C. A.*, Cavité lymphatique remplie d'un contenu granuleux; *V.*, Vaisseaux; *A.*, Point A de la fig. 1.

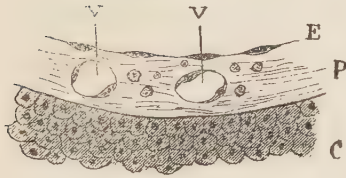


FIG. 3. — Détails du point A à un plus fort grossissement: obj. 7, oc. 4 Véric.ck.

E., Endothélium d'une dilatation lymphatique; *P.*, Lambe de tissu conjonctif aplati séparant encore l'épiderme de l'endothélium lymphatique et contenant des vaisseaux *V* ainsi que des cellules migratrices dont on voit les noyaux; *C.*, Corps de Malpighi.

A un faible grossissement (50 D), on peut se rendre compte que partout l'épiderme est respecté. Seulement il est réduit, en quelques points, à une couche extrêmement mince, par suite du tassement et de l'atrophie du corps muqueux de Malpighi.

La lésion fondamentale paraît siéger dans les papilles du derme. Elles se présentent sous forme de grandes cavités, tapissées par un endothélium aplati, résultant évidemment d'une dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Tantôt ces cavités sont vides, tantôt elles sont remplies plus ou moins complètement d'une masse granuleuse, grisâtre, parfois presque amorphe, parfois présentant cet aspect des tissus en dégénérescence que nous avons décrit jadis sous le nom de dégénérescence mycélioïde. (*Archives de physiologie* 1879).

Outre cette substance grisâtre, on trouve, dans certaines, des leucocytes à noyau plus ou moins colorables ; des granulations graisseuses et aussi des cellules endothéliales, quelquefois isolées, le plus souvent réunies, de manière à former des lambeaux extrêmement fins et d'un aspect fort élégant (fig. 4).

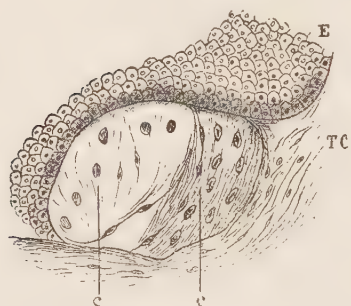


FIG. 4. — Détails de la paroi endothéliale d'une cavité lymphatique. Obj. 6, oc. 1 Vêrick.

C., Cavité munie de son endothélium qui est resté sur la coupe comme un voile membraneux excessivement mince, muni de noyaux ; E., Epithélium cutané ; T. C., Tissu connectif.

Lorsque les dilatations lymphatiques que nous venons de décrire sont très développées, elles peuvent présenter des irrégularités de forme ; mais elles ne nous ont pas paru cloisonnées.

Lorsqu'au contraire elles sont petites et en voie de développement, elles présentent un grand nombre de petites cloisons tapissées d'endothélium. Il est probable que ces cloisons se rompent, quand la cavité prend un développement suffisamment considérable. Dans des points qui nous ont

paru représenter le développement du processus, ces cloisons étaient encore très épaisses (fig. 5).

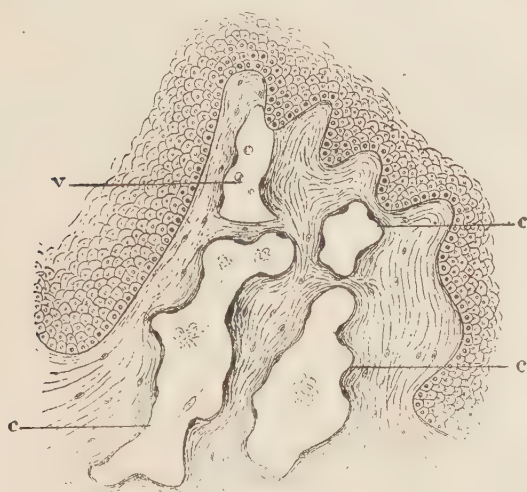


FIG. 5. — Vue d'ensemble de cavités lymphatiques en voie de formation.

C. C., Cavités lymphatiques ; V., Probablement vaisseau sanguin.

Outre ces dilatations qui représentent les lésions propres de la maladie, on peut constater, dans la peau, les lésions accessoires suivantes :

1^o *Epiderme*. — Dans les points les plus avancés, l'épiderme est réduit à une mince couche de cellules indistinctes, et on voit que la rupture de la vésicule est imminente.

Dans les points non malades, on peut distinguer les diverses parties de l'épiderme : couche granuleuse, généralement assez nette ; corps de Malpighi plus ou moins aplati ou atrophié par la pression de dedans en dehors. Enfin, dans les parties où la structure de la peau est encore respectée, il y a une véritable hypertrophie des cellules du corps muqueux de Malpighi. Un certain nombre d'entre elles sont à l'état vésiculeux. Les cellules de la couche génératrice sont fortement

tassées les unes contre les autres ; cependant le carmin aluné n'y montre pas de figures mitosiques bien nettes.

Nous n'en avons pas rencontré non plus sur une préparation au vert de méthyle ; mais il convient d'ajouter que ces colorations ont été faites sur des coupes anciennes et peut-être insuffisamment fixées. La couche granuleuse est tantôt très épaisse, tantôt aplatie et comme atrophiée.

2° *Derme*. — Le tissu propre des papilles présente diverses lésions non moins intéressantes que celles de l'épiderme :

(a) Une dilatation des vaisseaux sanguins dont quelques-uns sont remplis de globules ; (b) une altération du tissu fibrillaire de la papille qui est devenu jaune, extrêmement granuleux et qui est infiltré d'un grand nombre de cellules rondes ou fusiformes.

Enfin, nous devons y signaler la présence de nombreuses cellules fortement pigmentées. Ces altérations dermiques peuvent donc se résumer ainsi : irritation des vaisseaux sanguins ; dégénération granuleuse partielle du tissu conjonctif du derme ; infiltration de ce tissu par des cellules fusiformes et du pigment ; enfin dilatation des lymphatiques.

Les dilatations lymphatiques ne sont faciles à reconnaître que quand elles ont atteint un certain développement. Dans nombre de points, il est difficile de les distinguer des capillaires sanguins.

Au point de vue de leur topographie, elles existent tout d'abord dans les papilles ; mais quand elles ont acquis un développement suffisant, elles s'étendent au derme, où on les rencontre jusqu'à une profondeur difficile à bien préciser. En tous cas, ce sont les plus superficielles qui sont les plus volumineuses. Ces lacunes lymphatiques sont tapissées sur toute leur surface interne par un endothélium très élégant, probablement peu adhérent, et visible soit sous forme d'une bordure de cellules en fuseaux, soit sous forme de débris membra-

neux très délicats, munis de noyaux très transparents, quand on les voit de face, et légèrement fusiformes, quand on les voit de profil.

Les rapports des dilatations lymphatiques avec les papilles du derme sont fort intéressants : on voit la cavité lymphatique se distendre peu à peu en refoulant vers le corps muqueux de Malpighi une petite lame du tissu de la papille (fig. 3). Dans cette lame, on peut voir des vaisseaux plus ou moins aplatis. Après avoir résisté un certain temps, cette lame, reste du tissu papillaire, finit elle-même par disparaître, ou tout au moins par devenir indistincte. Alors l'endothélium de la lacune lymphatique vient s'appliquer directement contre le corps muqueux de Malpighi. Nous avons observé ce fait très nettement sur une préparation au carmin aluné (fig. 6).

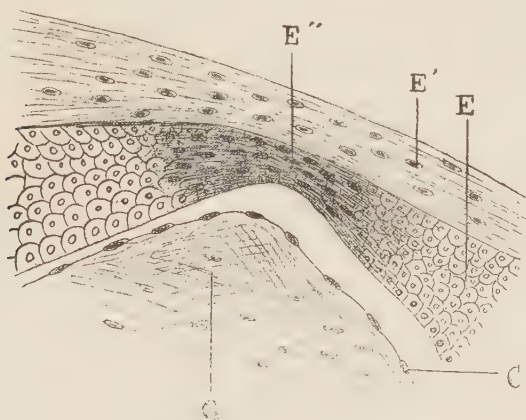


FIG. 6 — Altérations de l'épiderme au niveau d'une vésicule lymphatique.

Endothélium tapissant la cavité lymphatique. Les hasards de la préparation l'ont éloigné de l'épiderme dans tout le côté droit du dessin ; *G.*, Substance granuleuse contenue dans la cavité lymphatique ; *E.*, Corps de Malpighi à peu près normal ; *E'*, Epiderme ; *E''*, Cellules du corps muqueux de Malpighi comprimées et ayant l'aspect de cellules fusiformes.

A ce moment, l'épiderme étant séparé du derme, l'état vésiculeux est constitué. Bientôt la pression excentrique du

liquide continuant son œuvre, l'épiderme se trouve réduit à une mince couche homogène, prête à se rompre au moindre contact.

Si nous essayons de nous rendre compte du mode de formation de ces lacunes, nous voyons qu'elles sont dues parfois à la dilatation pure et simple d'un capillaire lymphatique ; mais, le plus souvent, il nous a semblé qu'un certain nombre de petites lacunes voisines se réunissaient pour en former une grande.

L'observation des dilatations lymphatiques à la période du début est fort difficile, parce que l'on est embarrassé pour distinguer les vaisseaux lymphatiques des vaisseaux sanguins.

3° *Peau*. — En examinant des coupes de la peau enlevée au voisinage des parties malades, on y trouve, pour ainsi dire, le rudiment des lésions observées sur les végétations elles-mêmes.

On rencontre des espaces lymphatiques très dilatés, et des vaisseaux sanguins entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. Les autres parties du tissu, papilles, glandes sébacées et sudoripares, bulbe pileux, ne présentent pas d'altérations notables. Il en est de même du corps muqueux de Malpighi. Dans certaines préparations colorées à la thionine phéniquée, nous avons rencontré un certain nombre de mastzellen¹, éléments dont on a, croyons-nous, bien exagéré l'importance.

Technique histologique

Sur de très nombreuses coupes et en variant les méthodes

1. Ces mastzellen, tout récemment étudiées par M. le professeur Audry, de Toulouse, sont des éléments anatomiques d'une grande banalité, que l'on rencontre dans les lésions les plus diverses. Ces cellules du tissu conjonctif sont très probablement comparables aux clasmatoctes de Ranvier. (An. derm. et syph. janvier 1896).

de coloration, nous avons pu bien observer les détails que nous venons d'exposer.

Nous allons résumer rapidement ces quelques méthodes.

Les pièces ont été fixées dans l'alcool et incluses dans le collodion.

Sur les coupes colorées au picro-carmin de Ranvier et montées dans la glycérine, on voit nettement toutes les particularités que nous avons indiquées au cours de notre description.

C'est par ce procédé de coloration que nous avons distingué les détails d'une lacune lymphatique représentés dans la figure 3.

Les altérations de structure qu'offre, dans les différentes parties des coupes, la couche muqueuse de Malpighi, sont aussi rendues très visibles par ce mode de coloration.

Sur les préparations traitées par le carmin aluné et montées dans le baume, les détails de l'endothélium tapisant les dilatations lymphatiques deviennent très apparents.

C'est à l'aide de ce réactif qu'a été faite la préparation reproduite dans notre dessin (fig. 6).

Sur les coupes de la peau, traitées par l'hématoxyline seule, nous avons pu voir que les glandes sébacées et sudoripares, les bulbes pileux ne présentent pas d'altérations pathologiques. La coloration par le picro-carmin et le montage dans la glycérine de ces mêmes coupes montrent, avec leurs caractères normaux, les faisceaux conjonctifs du derme, les fibres élastiques colorées en jaune par l'acide picrique, les glandes sudoripares et les bulbes pileux.

Sur les préparations traitées par l'hématoxyline et le picro-carmin (procédé de la double coloration), on voit tous les détails que nous avons déjà indiqués.

C'est en employant la thionine phéniquée que nous avons vu, dans nos coupes, ces grosses cellules du tissu conjonctif,

désignées sous le nom de mastzellen d'Ehrlich. Voici ce réactif :

Thionine	0,50 centigr.
Alcool absolu	10 grammes.

Faire dissoudre et ajouter peu à peu :

Acide phénique	4 gr.
Eau	100 gr.

Colorer trois minutes, laver, traiter par l'alcool absolu, le xylol, et monter dans le baume.

Cette méthode a l'inconvénient de donner des préparations unicolores, ce qui est une infériorité.

Il est, pour colorer ces cellules, un procédé supérieur que nous devons à Unna, et que M. le professeur Audry a employé dans son étude intéressante déjà citée. En voici la technique :

Coloration dans le bleu de Grübler polychromique pendant 1/4 d'heure ou une 1/2 heure. Décoloration pendant un temps égal dans de l'eau additionnée de 3 à 4 gouttes d'un mélange de glycérine et d'éther. Traiter par l'alcool, l'essence, et monter dans la résine Dammar.

Les mastzellen sont ainsi colorées en rouge rosé.

2^o BACTÉRIOLOGIE

L'examen bactériologique de la lymphe et du sang recueillis aseptiquement a donné les résultats suivants :

1^o La lymphe, examinée à quatre reprises différentes, a montré trois fois la présence

- (a) D'un bacille spécial non décrit,
- (b) D'un streptocoque,
- (c) D'un tétragène.

Au 4^e examen, les deux derniers organismes seuls existaient.

2° Le sang renfermait aussi le streptocoque et le tétragène, mais non le bacille.

Dans les préparations extemporanées de la lymphe, le bacille était en bien plus grande quantité que les deux autres germes.

Dans les cultures sur gélose faites avec cette même lymphe, on obtenait constamment les 3 espèces de microorganismes.

Dans les préparations extemporanées du sang, on n'a trouvé que le streptocoque et le tétragène.

CARACTÈRES DISTINCTIFS DES TROIS GERMES. — 1° *Streptocoque*. — Isolé sur gélose en stries, le streptocoque présentait des colonies légèrement glaireuses non adhérentes au milieu de culture, mais non plus dissociées comme pour le streptocoque de l'érysipèle, par exemple.

Coloré par les méthodes ordinaires, il présentait des chaînettes très fines, très régulières, à grains beaucoup plus petits que le streptocoque de Fehleisen.

Ces grains semblaient entourés d'une auréole, ou mieux d'une capsule, un peu à la façon du pneumocoque. Comme il arrive fréquemment pour le streptocoque, cet organisme perdait rapidement sa disposition en chaînettes, s'identifiant alors avec le staphylocoque.

2° *Tétragène*. — Ce tétragène ressemble à celui qui a été isolé déjà dans le laboratoire par M. le Dr Boutron, et décrit par cet auteur dans sa thèse inaugurale¹.

Les colonies ressemblent à celles du tétragène de Gafky, mais elles offrent une belle coloration jaune. Ce germe se cultive bien dans tous les milieux.

3° *Bacille*. — Cette espèce nous paraît particulièrement intéressante, puisque nous n'avons trouvé son analogue dans aucun traité; aussi devons-nous la décrire en détail.

1. Thèse faite à Nantes, dans le laboratoire de bactériologie de l'Ecole de Médecine. 1893.



FIG. 7. — Bacille spécial.

Bacille un peu mobile, possédant à peine des mouvements actifs, tout au plus des oscillations, il mesure, dans les cultures, de 2 à 6 μ de longueur environ, et de 0 μ 2 ou 0 μ 3 de largeur. L'épaisseur, comme la longueur du reste, est très variable. Dans certains points, en effet, il prend des aspects renflés et comme piriformes.

Le protoplasma de ce microbe ne prend pas également dans toute son étendue la matière colorante ; en sorte qu'il apparaît parfois comme formé de points successifs.

Cet aspect est rendu très net par la méthode au 1/3 (violet de gentiane, bleu de méthylène, fuchsine).

Si l'on traite la préparation par le Ziehl (fuchsine phéniquée), les deux extrémités seules prennent la coloration, laissant au centre un espace clair ; mais, avec les acides, le bacille se décolore très facilement.

Il prend bien la méthode de Gram, caractère très important qui pourrait, à la rigueur, servir à le différencier d'autres microorganismes.

Par quelques-unes de ces particularités, ce bacille se rapprocherait des apparences présentées quelquefois par le pseudodiphthérique. Mais les propriétés des cultures l'éloignent de ce dernier germe. En effet, notre bacille se cultive mal sur gélatine, où il ne présente en piqûres, par exemple, que de très maigres colonies limitées à la surface. Sur gélose en stries, au contraire, il nous donne, après 24 ou 48^h à 37°, des cultures tout à fait spéciales.

Le long de la ligne desensemencement, il se forme une

pellicule, ou mieux une croûte très sèche, écailleuse, d'aspect terne, se brisant par endroits et ne présentant guère, de chaque côté du trait, qu'un ou deux millimètres au plus d'étendue.

Il ne se produit pas d'adhérences avec la surface du milieu et l'on peut en détacher facilement la culture.

Sur plaques de gélose, les colonies offrent le même caractère de sécheresse que sur gélose en stries. Ce sont de petites colonies écailleuses, ne dépassant pas la largeur d'un grain de chènevis, arrondies, finement dentelées et présentant à un grossissement de 100 D environ, de petites fissures dans leur intérieur. Entre les fissures, la substance même qui compose la colonie n'est pas lisse, mais présente de petites granulations.

Sur tubes de gélose en piqûres, la colonie ne pousse qu'à la surface et offre les mêmes caractères.

Quand on cultive le bacille dans du bouillon, il se forme, à la surface du liquide, une pellicule fine et sèche qui s'attache aux bords du tube, se désagrège, après avoir atteint tout son développement et tombe par petits grumeaux au fond du tube, sans avoir en rien troublé le bouillon.

En cultivant le bacille sur gélose lactosée au tournesol de Wurtz, on n'obtient pas de fermentation lactique. La gélose reste bleue.

Ensemencé dans du lait stérilisé, il ne le coagule pas.

Le développement ne se fait pas sur pomme de terre. Son évolution est arrêtée dans le bouillon phéniqué qui sert à la recherche du bacille d'Eberth.

Inoculations

Le 6 septembre 1895, avec une culture de bouillon renfermant le bacille, on inocule un lapin n° 1 (le pelage de cet animal est blanc, ce qui facilitera la recherche des moindres lésions cutanées, sur la face interne des oreilles).

1° Par scarification (a) Oreille gauche.

(b) Muqueuse anale.

(c) Muqueuse du gland.

(d) Conjonctive oculaire et palpébrale.

On n'obtient aucun résultat ; toutes les plaies guérissent facilement et au bout de trois ou quatre jours, il n'y a plus trace de scarifications.

Ce lapin avait déjà été inoculé antérieurement dans les veines et malgré cela, sa santé n'avait pas paru être altérée.

2° Lapin n° 2. — Le 7 septembre, ce nouvel animal reçoit dans les veines de l'oreille 4^{cc} d'une culture de bouillon contenant des colonies pures du bacille. Résultat négatif.

3° Lapin n° 3. — Le 16 septembre, cet animal est inoculé dans le péritoine avec 4^{cc} d'une culture du bacille dans du bouillon. Toujours, résultat négatif.

4° Le 23 septembre, une culture du bacille dans du bouillon est insinuée à la dose de 1^{cc}.

(1) Sous la peau d'une souris blanche.

Résultat négatif.

(2) Sous la peau d'un cobaye gris.

L'animal meurt le 20 octobre.

A l'autopsie, on ne trouve rien de spécial à noter au niveau du point de l'inoculation : pas trace d'ulcérations, pas même d'inflammation dans les plans profonds. Les cavités abdominales et thoraciques ne présentent également rien de particulier, sauf au niveau des poumons où il y a, en bas et en arrière, quelques petits noyaux de congestion. Aucun liquide ni dans les plèvres, ni dans le péritoine. A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une minime quantité de sérosité claire et citrine.

Avec le sang du cœur, on ensemence :

1° Un tube de gélose.

2° Un tube de sérum.

Résultat négatif.

Avec ce même sang, on inocule à la dose de 1^{cc}, une souris blanche sous la peau.

L'animal meurt le 30 Octobre.

A l'autopsie, on constate un amaigrissement extrême. Le corps est flasque. On ne peut trouver rien de particulier au niveau des inoculations.

Les cultures faites avec le sang de cette souris sont négatives ; mais une nouvelle souris inoculée avec ce sang, dans le tissu cellulaire sous-cutané du ventre, meurt en 12 heures.

A l'autopsie, on ne peut trouver les causes de la mort, et des cultures, faites avec le sang de cette nouvelle victime, restent négatives.

On inocule également avec 1^{cc} d'une culture de bouillon obtenu avec le tétragène jaune :

1° Une souris sous la peau.

Résultat négatif.

2° Un cobaye.

Meurt le 20 Octobre.

Rien à noter à l'autopsie. Lesensemencements faits avec le sang du cœur reproduisent les colonies du tétragène.

3° Avec du bouillon renfermant les 3 germes associés (bactille, streptocoque, tétragène) on inocule :

(1) Par injection sous-cutanée de 1^{cc} une souris blanche qui meurt (observation perdue).

(2) Par scarification, un cobaye, qui meurt le 11 Octobre.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion au point d'inoculation.

Les muscles sous-jacents sont normaux. Une adhérence du péritoine recouvrant le gros intestin, forme une sorte de poche qui, excisée, laisse sourdre une gouttelette de pus caséeux.

Ce pus,ensemencé sur gélose, laisse le milieu stérile.

Les autres viscères sont normaux, sauf les poumons qui sont un peu congestionnés.

Le sang du cœur, étendu sur gélose inclinée, produit au bout de vingt-quatre heures des colonies jaunes (tétragène) et blanches crémeuses (streptocoque). Quelques gouttes de ce même sang inoculé à une souris ne donnent pas de réaction chez cet animal.

La culture renfermant les trois germes réunis est inoculée à la dose de 3^{cc} sous la peau d'un cobaye. Malheureusement, ce cobaye a été égaré et on ne connaît pas le résultat de l'inoculation.

Reprenant enfin le lapin n° 1, nous faisons sur lui de nouvelles tentatives. Après avoir excorié les téguments à la face interne de l'oreille gauche avec une mouche de Milan, nous déposons sur cette plaie une culture concentrée du bacille dans du bouillon. Comme les précédentes, cette nouvelle inoculation reste négative.

On injecte alors dans les veines de l'oreille gauche 4^{cc} de culture du bacille dans du bouillon, tandis que, dans les veines de l'autre oreille, on injecte une solution de glucose à 25 0/0. C'est en vain ; l'animal continue à très bien se porter. On le sacrifie alors et l'autopsie ne permet de relever aucune altération pathologique de ses organes. Son sang, recueilli aseptiquement dans le cœur et ensemencé sur gélose, ne donne naissance à aucune colonie microbienne.

CHAPITRE III

Pathogénie

La cause pathogénique des lymphangiectasies est loin d'avoir été complètement élucidée.

Les influences que l'on peut qualifier de secondaires, telles que le sexe et l'âge, ne nous arrêteront guère.

L'âge auquel on observe le plus communément les lymphangiectasies est, s'il faut en croire Chipault, de 15 à 25 ans. Elles peuvent quelquefois mais rarement, être congénitales.

Le sexe ne semble avoir aucune influence. Les lymphangiectasies sont, en effet, aussi fréquentes chez les hommes que chez les femmes. C'est ce qui ressort d'ailleurs de l'ensemble des observations que nous avons résumées dans notre précédent tableau.

Le climat, au contraire, a une importance capitale. Car, autant les varices lymphatiques avec éléphantiasis sont rares sous nos latitudes, autant elles sont nombreuses et graves dans les pays chauds.

Parmi les causes que l'on a invoquées pour expliquer l'origine des varices lymphatiques, il en est peu qui soient susceptibles d'être admises après examen sérieux.

L'opinion de Rindfleisch, par exemple, qui voulait voir un rapport étroit entre les ectasies lymphatiques et l'hypertrophie des muscles papillaires, ne mérite pas la discussion. Elle manque de base anatomique, puisque l'hypertrophie de ces muscles papillaires n'a jamais été constatée microscopiquement.

La relation que certains autres observateurs ont cru trouver entre les varices lymphatiques et les dilatations concomitantes des vaisseaux sanguins, ne nous paraît guère plus acceptable.

Pour eux les dilatations lymphatiques seraient produites mécaniquement.

L'obstacle apporté au cours du sang par l'altération des vaisseaux sanguins, entraverait secondairement la circulation lymphatique et provoquerait ainsi l'ectasie des canaux où elle se fait. Mais si ce phénomène a été constaté chez les malades de Lange, de Fox, de Petters et de Kœbner, ce n'est là qu'une exception. Dans beaucoup de cas cette coïncidence n'existe pas et chez notre malade, en particulier, elle fait complètement défaut.

On a même pensé qu'il pouvait y avoir relation de cause à effet dans un cas de névromes multiples du plexus brachial, coexistant du même côté avec des varices lymphatiques. La compression directe pourrait alors expliquer ici l'origine de ces varices ; mais d'un seul exemple, on ne peut tirer de conclusions générales.

Bien plus vraisemblable nous paraît l'opinion qu'a émise le Dr Besnier dans les notes si intéressantes dont il a accompagné la traduction du livre de Kaposi ¹:

« Dans la majorité des cas de varices lymphatiques, on peut toujours voir intervenir un processus irritatif de nature variable, rarement simple.

Le plus souvent, l'agent irritant qui préside au processus lymphangitique est de nature spéciale ou spécifique : parasitaire (filariose), septique (pyémie), virulent (syphilis cancer).

En même temps, ajoute cet auteur, on trouve de l'œdème aigu ou chronique, de la dermite, de la dermo-lymphite, des érythèmes divers, enfin de la pachydermie. »

Dans l'histoire de notre malade, nous retrouvons la confirmation des idées qui précèdent.

1. Tome II. Edition 1891.

Il y a, au début, une plaie : porte ouverte à toutes les inoculations. Bientôt apparaît l'éruption vésiculeuse caractéristique et le tableau complet de la maladie se déroule alors.

L'examen du sang et de la lymphe fait à plusieurs reprises reproduit toujours, dans les cultures, trois germes associés dont un typique.

Il n'est point jusqu'à la pachydermie que l'on ne puisse ainsi expliquer.

Les œdèmes chroniques avec pachydermie peuvent, en effet, selon nous, dépendre de causes différentes.

Quelquefois il faudra les rattacher à des troubles trophiques consécutifs à l'altération des nerfs de la peau ¹.

Cette explication ne nous paraît pas être celle qu'il faut donner de l'œdème survenu dans notre cas. Notre malade, en effet, a présenté, à diverses reprises, de véritables placards de lymphangite, douloureux, œdémateux, accompagnés d'accès fébriles suffisamment intenses pour la forcer à s'aliter. Ces faits ne sont pas nouveaux dans la science. Etudiant d'une façon systématique ce qu'il a appelé l'Elephantiasis nostras, Sabouraud ² a observé des lymphangites analogues, à répétition, chez des individus porteurs d'ulcères de nature variqueuse ou autre.

Ces individus avaient de l'œdème chronique et leurs ulcères siégeaient aux membres inférieurs.

Scarifiant alors légèrement la surface de l'ulcère et prenant, avec toutes les précautions d'une rigoureuse antisepsie, du sang ainsi obtenu, Sabouraud a pu faire des cultures qui ont

1. On sait en effet, depuis la mémorable expérience de Ranvier, le rôle important que joue l'altération des nerfs dans la production des œdèmes trophiques. Liant sur un animal la veine principale d'un membre, Ranvier n'obtient pas d'œdème ; mais si, à cette ligature, il ajoute la section du nerf principal de ce membre, il voit immédiatement se manifester l'œdème. (— Académie des sciences, 20 Octobre 1869.)

2. Loc. cit. p. 9.

révélé dans ce sang, à chacune des poussées de lymphangite, la présence de streptocoques.

Chez notre malade, l'examen du sang a révélé aussi l'existence d'un streptocoque, microbe banal des infections.

Nous ne pouvons nous défendre de voir dans la coïncidence de ce germe et des lymphangites qui se sont succédées à plusieurs reprises chez Joséphine G^{***}, une analogie entière avec les observations que nous venons de citer.

Et c'est là, pour nous, la cause de cet œdème éléphantiasique. D'ailleurs, on remarque là un véritable phénomène, identique à ce qui se produit dans les lésions des veines.

M. le Dr Vaquez ¹ a signalé, à la suite des phlébites, un œdème qui se constitue lentement et n'apparaît que quelques années après l'inflammation veineuse, en un mot, *un véritable éléphantiasis*.

Cet œdème débute dans le tissu cellulaire sous-cutané, pour envahir ensuite les couches profondes du derme. La peau est dure et présente l'aspect de la peau d'orange. Enfin, il n'est pas rare de voir, en pareil cas, des varices consécutives à la phlébite ².

Que sont maintenant les lymphangiectasies : des varices simples ou des tumeurs, des dermatolymphangiomes ?

Nous allons essayer d'établir que l'on a confondu souvent les unes et les autres, sans nous arrêter à reproduire ici les classifications des auteurs qui nous ont précédé.

Les lymphangiectasies sont des lésions acquises ; elles dépendent d'un processus morbide dont l'origine peut toujours être retrouvée. Leur allure clinique est aussi bien spéciale et caractérisée par une tendance à la diffusion, à l'envahissement des vaisseaux lymphatiques superficiels ou

1. Gaz. heb. 1892, p. 392.

2. Arnozan. Journ. méd. Bordeaux. XI (1881-82).

Do Brun. Th. Paris. 1884.

profonds ; par la présence d'un semis de vésicules des plus typiques ; enfin, par une lymphorrhagie tantôt intermittente, tantôt constante, se produisant au niveau de ces vésicules.

Rien de semblable dans le lymphangiome. Bien peu connu encore, en raison de sa rareté, il représente une néoformation constitutionnelle et innée du système lymphatique. Il est aux vaisseaux lymphatiques ce que l'angiome est aux vaisseaux sanguins. En un mot, c'est une tumeur.

Cette tumeur, toujours nettement limitée, molle, fluctuante, est constituée par un ensemble de lacunes communiquant les unes avec les autres, comme dans un tissu caverneux.

Devant des caractères aussi différents, il nous semble difficile de rapprocher les dilatations lymphatiques des tumeurs. Le seul caractère commun que l'on rencontre dans ces deux types morbides, la lymphorrhagie, ne nous paraît pas suffisant pour les identifier.

Dès lors, on ne conçoit pas comment on a pu confondre ensemble deux lésions que séparent si bien et la clinique et l'anatomie pathologique.

CHAPITRE IV

Diagnostic. Marche. Pronostic. Traitement.

1^o DIAGNOSTIC.

Dans les cas types, le diagnostic des varices lymphatiques du derme est facile ; mais il n'en est plus de même dans les formes modifiées. La confusion peut alors être faite avec de l'acné rosée (Péan), de l'ecthyma, une syphilide, des nævi materni, un papillome, un molluscum fibreux. Il n'est pas jusqu'aux scrofulides fongueuses (Guibout) et à la lymphadénie cutanée (Widal) que l'on ne puisse confondre avec les varices lymphatiques.

Pour éviter toute erreur, il faudra se baser sur l'aspect objectif des lésions, sur leur transparence, leur réductibilité et surtout sur l'examen microscopique du liquide s'écoulant spontanément ou obtenu par piqûres des vésicules. Ce liquide présente toujours les caractères de la lymphe.

2^o MARCHÉ.

La marche des varices lymphatiques est lentement extensive. Mais quelquefois, après avoir évolué avec cette lenteur, l'affection prend tout à coup, surtout à l'époque de la puberté, une allure offensive.

Une fois établie, la lymphorrhagie suit une marche variable. Tantôt elle devient permanente avec des oscillations pério-

diques très nettes ; tantôt elle revient à des époques à peu près fixes, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, par exemple.

Les varices lymphatiques, provoquant ainsi une perte de lymphé considérable, causent à l'économie entière un grave préjudice, auquel peuvent s'ajouter de sérieuses complications.

Parfois, en effet, on observe des phénomènes inflammatoires tels que lymphangites, abcès, érysipèles.

3° PRONOSTIC.

Le pronostic des lymphangiectasies varie suivant les cas. Il peut devenir grave si les complications inflammatoires précédemment citées éclatent brusquement, ou si la lésion prend peu à peu une trop grande extension. Non moins grave sera encore le pronostic, si la lymphorrhagie est trop fréquente et trop abondante, car alors l'épuisement consécutif pourra entraîner la mort.

Il faut également prendre en considération le siège des lymphangiectasies. Aux organes génitaux, elles gênent les fonctions génitales ; aux membres inférieurs, elles empêchent la marche. Enfin, le pronostic est aussi aggravé de ce fait que bien rarement la lésion guérit soit spontanément, soit grâce aux efforts de la thérapeutique.

4° TRAITEMENT.

Nous serons bref sur ce point. Le plus souvent, le traitement est inefficace.

On sera très réservé sur l'emploi du bistouri et on ne devra s'en servir que dans des cas bien limités.

Nous donnons certes la préférence au thermo-cautère avec lequel on fera des pointes de feu profondes et répétées, s'il y a lieu. Enfin, un moyen qu'il ne faudra pas négliger et

qui paraît avoir une certaine action curative, c'est la compression, quand elle est possible. Pour le membre inférieur, par exemple, on obtiendra de bons effets d'un bandage roulé, bien appliqué, ou du port d'un bas élastique.

Quant aux caustiques chimiques de toute nature que l'on a essayés, ils n'ont donné aucun résultat satisfaisant.

Il sera bon aussi de faire un traitement général, reconstituant et tonique.

CONCLUSIONS

Notre étude terminée, nous devons essayer maintenant d'en tirer quelques conclusions.

I. — Deux grands symptômes, à peu près constants, caractérisent l'évolution des lymphangiectasies : la lymphorrhagie et l'œdème éléphantiasique.

II. — Les lymphangiectasies peuvent cependant offrir parfois certaines particularités.

Ex. : Processus végétant des vésicules (obs. pers.);

Groupement des varices en plaques ;

Diffusion des lésions ;

Absence de vésicules ;

Tumeurs avec engorgement ganglionnaire ;

Troubles trophiques (hypertrichose, atrophie du membre, œdème éléphantiasique) ;

Troubles fonctionnels (hyperthermie, exagération de la sécrétion sudorale).

III. — La cause sera, assez souvent, de nature infectieuse. Un certain nombre de faits complètement étudiés en fournissent la preuve : (Th. Follet¹ — Besnier² — Obs. pers.)

IV. — L'infection pourra être due :

Au parasitisme (filariose) ;

Aux microbes (diverses espèces).

V. — Le processus morbide sera toujours le même, malgré la diversité d'origine : lésion du vaisseau lymphatique ou des

1. Loc. cit.

2. Loc. cit.

ganglions ; difficulté de circulation de la lymphe ; dilatation consécutive du conduit ; œdème lymphatique ; prolifération embryonnaire périvasculaire ; hyperplasie conjonctive ; et l'éléphantiasis sera constitué (Gaucher).

VI. — Les dilatations semblent débiter, d'après notre examen histologique et celui de Chipault, dans les plans superficiels de la peau. C'est là que siègent les ectasies les plus considérables. Elles s'avancent ensuite jusque dans le derme à une profondeur mal limitée.

VII. — Ces dilatations arrivent à se confondre par suite de la disparition des cloisons qui limitaient les ectasies primitives. L'endothélium tapissant les lacunes lymphatiques se trouve, sur certaines d'entre elles, en contact immédiat avec le corps muqueux de Malpighi. On n'y voit pas interposée la moindre lame de tissu conjonctif, quoi qu'en aient dit plusieurs histologistes.

VIII. — Les lymphangiectasies sont des varices et non des angiomes lymphatiques de la peau. Leurs caractères cliniques, leur marche, leur étiologie tendent à le prouver, ainsi que nous l'avons fait ressortir.

BIBLIOGRAPHIE

- ALARD. — Histoire d'une maladie particulière au système lymphatique (Paris, 1808).
- De l'inflammation des vaisseaux absorbants lymphatiques dermoïdes et sous-cutanés (Paris, 1824).
- ANGER (Th.). — Ectasie du système lymphatique (Bull. de Soc. chir. XIV p. 305-396. 1889).
- ARNOZAN. — Journ. méd. de Bordeaux, XI (1881-82).
- AUDRY. — Cellules isoplastiques du tissu conjonctif. (An. de Derm. et de Syph. Janvier 96).
- BAZIN. — Leçons cliniques sur les affections cutanées et les difformités de la peau (1862).
- BEAU (J.-H.-S.). — Note sur les dilatations variqueuses des vaisseaux lymphatiques du prépuce (Revue méd.-chir. de Paris, t. VIII, 1854).
- BESNIER. — Gaz. hôp. 1878.
- BESNIER ET DOYON. — Tr. Kaposi (Ed. 1891. Note des traducteurs).
- BESSIO. — Des adénolymphocèles (Th. Paris, 1895).
- BINET. — Essai sur les varices et plaies des lymph. superf. (Th. Paris, 58. N° 17).
- BOULONGNE. — Eléphantiasis des grandes lèvres. (In. mém. de méd. et de chir. mil. t. VII, 3^e série).

- BOUSQUET. — Tumeur variqueuse des ganglions et vaisseaux lymphatiques de l'aîne droite (Bull. Soc. chir. p. 375. 1885).
- BOUTRON. — Th. Paris, 1893.
- BOURGSDORFF (V.). — Sur les lymphangiomes de la peau (In. revue de Hayem, 1895, t. I).
- BRESCHET. — Du système lymphatique (Th. de concours, Paris, 1836).
- BRUN (DE). — Th. de Paris, 1884.
- BUSEY. — American Journ. of obstetric. Vol. 10 et 11, 77-78.
- CELLARD. — Eléphantiasis vulvaire chez les Européennes (Th. Paris, 1877).
- CHIPAULT. — Varices lymphatiques et lymphangiome (Gaz. hôp. 15 déc. 1889).
- Sur un cas de varices lymphatiques du derme (Bull. Soc. Anat. p. 774, 1889).
 - Varices lymphatiques du derme (Arch. gén. de méd. Mai et Juin 1889).
- CHOLMELEY. — Tr. of clin. Soc. London, 69, II, 116-119.
- CORNIL (V.). — Sur quelques procédés de préparations microscopiques et en particulier sur l'emploi du nitrate d'argent (Arch. gén. de méd. t. I, 1863, p. 209).
- DAVID. — Essai sur les varices lymphatiques (Th. Paris, 1865).
- DAY. — The British méd. Journ., 1869. I. 332, d'ap. tr. clin. Soc. London, 1869, II, 104-114.
- DEMARQUAY. — Recherches sur la lymphorrhagie et la dilatation des vaisseaux lymphatiques. (Memb. de Soc. de chir., Paris 1853, t. VIII, p. 139).
- DESERT. — Des dilat. lymph., lymphangiectasies, lymphangiomes (Th. Paris, 77).

- DESJARDINS (C.). — Note sur un cas de dilatations variqueuses du réseau lymph. superfi. du derme (Gaz. méd. de Paris, 1854, p. 361, 452 et 516 (Société de Biologie, 1864).
- DUBRANDY. — Quelques considérations sur les lymphangites aiguë et chronique (Th. Paris, 1877).
- DUMMREICHER BEI GEORGEVIC. — Cité par Esmarck (In. thèse Follet. Paris, 1895, obs. LVII).
- ELLIOT. — Lymphangiectasie variqueuse (Journ. of. cutan. dis. Avril 1894).
- FETZER. — Arch. fur phys. Heilkunde, t. VIII, p. 128, 1849.
- FISCHER. — Deutsch Zeits, f. ch. 80. Bd. XII, s. 22.
- FOLLET (Ath). — Sur la pathogénie de quelques états éléphantiasiques (Th. Paris, 1895).
- FONTAN. — Lymphite (Th. Paris, 1838, p. 134).
- FOX (Til.). — Méd. Times and Gaz., 26 oct. 1878.
- GALLOWAY. — Lymphangiome de la peau. Lancet, 24 nov. In. revue de Hayem, 15 avril 1895).
- GAUCHER. — Clinique inédite (in. th. Follet). Sept. 1895.
- GEORGEVIC. — Langenbecks Arch. f. klin. chir. 71. Bd. XII, p. 641.
- GUBLER. — Analyse de la lymphe extraite de vaisseaux lymphatiques dilatés (In. Gaz. méd., p. 452, 1854).
- GUIBOUT. — Altérations hypertrophiques de l'épiderme. (Gaz. hôp., 1878).
- GUNTZBURG. — Ein Fall von Geschwülste d. Lymphgeföesse Verhandl d. prak. méd. Gesellschaft in Wurtzburg, 1852, t. 2, p. 315.
- HARE PHILIPSON. — Leçon sur la pathologie du système lymphatique. (Lancet, 30 août 1885).

- HATTUTE. — Eléphantiasis des Arabes. Amput. Examen histologique (In. mem. de méd. et chir. mil., 3^e série. Tome XXVI, p. 1871).
- HÉBRA. — Tr. Doyon, T. II. p. 375.
- HILL. — Tr. clin. Soc. London II. p. 114-116. 1889.
- HILTON. — London Lancet. Cuticular 66. T. II p. 37.
- HUGUIER. — Dilatation des vaisseaux lymphatiques du pénis. (Bull. de Soc. de chir. T. II. 1851).
- JACCOUD. — Dictionnaire. Art. Eléphantiasis.
- JACKSON. — The med Times and Gaz. Mars 1886.
- JEANSELME. — Des dermites et de l'éléphantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux. (Th. Paris, 1888).
- JOHNSON (A.-H.). — Lymphangite axillaire avec lymphorrhagie ou mamelles surnuméraires avec sécrétion lactée. (Boston, med. Journ. 9 déc. 1887).
- JOURDAN. — Th. Montpellier, 1880.
- KAPOSI. — Traité des maladies de la peau. Varices lymphatiques. (Tr. Besnier et Doyon, 1891. Note des traducteurs).
- KOEBNER. — Virchows Arch. 1883, t. XCIII p. 343.
- KUGELMANN. — Eléphantiasis du clitoris et de la petite lèvre droite. (In Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynækologie. T. III).
- LANDAU. — Berlin-Klin. Wochenschrift, 21 mai 1888.
- LANGE. — New-York, med. Journ. 26 mai 1883.
- LEBERT. — In Virchows Handbuch der spec. path. und Therapie. Bd. V, u. II.
Krankh. d. Abth. und Lymphgefösse, s. 134.
- LEJARS. — Traité de chir. Art. Lymphangiectasies.

- LEWINSKI. — Virchows arch. 1883. T. XCIII p. 375.
- MAAS (H.). — Sur le lymphangisme. (Sitzungsb. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg, p. 127, 1884).
- MALHERBE (A.). — Dégénérescence mycélioïde. (Arch. de phys. 1879).
- MALHERBE (A.). } — Lymphangiectasies et lymphorrhagie vé-
et } gétante. (An. de Derm. et de
MALHERBE (H.). } Syphil. Mars 1896).
- MARDUEL. — Elephantiasis de la vulve. (In. Lyon medi. 1878).
- MARQUEZ. — Contribution à l'histoire des lymphorrhagies et des lymphatocèles. (Gaz. hebd. 18 avril 1879).
- MASSONIE. — Th. Paris, 1876.
- MATIGNON. — Note sur un cas d'adénolymphocèle double de la région de l'aîne. (Journ. med. de Bordeaux, 4 Oct. 1892).
- MECKEL. — Handbuch der path. anat. Bd II, S. 241. 1818.
- MERMET (P.). — Œdème éléph. du scrotum et du memb. inf. gauche consécutif à un bubon blenno-strumeux. (Gaz. hôp. 24 mai. In. An. des mal. des org. génit.-urin., 1894).
- MICHEL (de Nancy). — Dilatation des vaisseaux lymphatiques (Journ. de méd. et de chir. Juil. 1853).
- MIDDELDORPF. — Langenbecks Arch. f. klin. chir. 85. Bd XXXI. s. 595.
- MULLER. — Klin. chir. Tübingen. 1885.
— Hufelands Journ. d'ap. Wernher.
D. zeitsch f. chir. Bd. V. 1875. s. 451.
- NELATON. — Soc. chir. 23 mars 1887.
- NEUFELD. — Lymphorrhagie sous-cutanée (Gazeta lekarska n° 11. 1890).

ODENIUS DE LUND. — Nord med. Ark VII 2, n° 13, 1874.

PAPIN. — Contribution à l'étude de l'hématochylurie endémique des pays chauds. (Th. Bordeaux, 86).

PÉAN. — Leçons de clin. chir. 79-80, p. 227.

PETTERS ET KLEBS. — Heilkunde Prag. 75, XXV, p. 69-100.

POIRIER. — Lymphatiques des organes génitaux de la femme. (Progrès méd., 23 nov. 90).

POSPELOW. — Viert f. Derm. u. syph., 1879, p. 521.

RATHERY. — De la pathogénie des œdèmes (Th. de concours, 1872).

RENAUT (J.). — Observation pour servir à l'histoire des éléphantiasis et des œdèmes lymphatiques (In. arch. de phys., 1872).

— Angiokératomes ou lymphangiectasies (Soc. franç. de Derm., 8 nov. 1894).

RINDFLEISCH. — Traité d'hist. path. Tr. Gross., 1868, p. 326.

RUXTIMEYER. — Du passage de particules en suspension dans le sang à l'intérieur du système des vaisseaux lymphatiques (Th. Bâle). (In. Hayem, 1882, p. 367).

SABOURAUD. — Sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras (An. de Derm. et de Syph., p. 592, mai 1892).

SCHMIDT (B.). — Lymphorrhagie du memb. inf. droit (Berlin, Klin. Woch, 21 août 1882).

SCHOLTZ. — Wiener méd. Wochenschrift, 1868.

TENNESON ET DARIER. — Varices lymphatiques de la muqueuse buccale. (Soc. fr. de Derm. In. revue de Hayem, t. I, 1894, p. 603.

THILESEN. — Guntzburg Zeitschrift, f. Klin. méd., 1856. Bd. VII, p. 447.

TRÉLAT. — Bull. Soc. chir., 2^e série, t. X, p. 439-441.

TRÈVES (Fr.). — Tumeur volumineuse du memb. inf. Varices lymphatiques. (Britisch méd. Journ. Juin, p. 1147).

- VAN DUYSE. — In. th. Follet. Paris, 1895.
- Vaquez. — Gaz. hebdomadaire, 1892, p. 392.
- VELPEAU. — Mém. sur la mal. du syst. lymph. (Arch. gén. de méd., 2^e série, t. VIII et X, 1836).
- VIGUIER. — Essai sur les varices lymphatiques. (Th. Paris, 1875).
- VINSON. — Contrib. à l'étude des lymphites graves. (In. arch. de méd. nav. T. XXVIII, 1877).
- VIRCHOW. — Virchows arch. (Bd. II, p. 59-125, 1854).
- WAITZ. — Arch. für Klin. chir. (XXXIX, p. 229, 1889).
- WEDEL (G.). — Drei beobachtungen über. Elep. scroti mit. Ergiessung lymphatischer Flüssigkeit. (Diss. inaug. Würzburg, 1837).
- WEIR. — Hypertrophie d'un membre par obstruction lymphatique. (New-York surg. Soc., 8 nov. 1887).
- Tumeurs variqueuses lymphatiques. (New-York surg. Soc., 8 nov. 1887).
- WIDAL. — Bull. acad. méd., 1888.
- ZUR NIRDEN. — Arch. f. path. Anat. B. 82, t. XC, p. 350-368.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu

Par le Président de la thèse,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES.
INTRODUCTION.....	1
PRÉAMBULE.....	2
CHAPITRE PREMIER. — Etude clinique	4
<i>Observation personnelle</i>	4
<i>Réflexions</i>	8
<i>Tableau résumé des observations des auteurs</i>	10
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	14
1^o Histologie	14
<i>Végétations</i>	14
<i>Epiderme</i>	17
<i>Derme</i>	18
<i>Peau</i>	20
<i>Technique histologique</i>	20
2^o Bactériologie	22
<i>Streptocoque</i>	23
<i>Tétragène</i>	23
<i>Bacille</i>	23
<i>Inoculations</i>	25
CHAPITRE III. — Pathogénie	29
CHAPITRE IV. — Diagnostic	34
Marche	34
Pronostic	35
Traitement	35
CONCLUSIONS.....	37
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	39

EXPLICATION DE LA PLANCHE I

La photographie de la vulve a été faite directement, sans agrandissement, par M. le professeur CH. MÉNIER, pendant l'anesthésie de la jeune fille. Les grandes lèvres ont été écartées par de l'ouate pour mettre en évidence la grosse masse végétante située à la partie interne de la grande lèvre droite.

On voit aussi quelques végétations discrètes sur la cuisse gauche.

Les deux photographies de colonies bactériennes représentent le bacille cultivé sur gélose.

N° 1. — Colonie donnée par le bacille ; faible grossissement : ocul. 1, obj. 2 Vêrick. Cette colonie représente le développement le plus complet que nous avons obtenu sur plaque de gélose.

N° 2. — Colonie observée sur la même plaque, faible grossissement. Cette colonie est arrivée à un moindre degré de développement.

Fig. 1

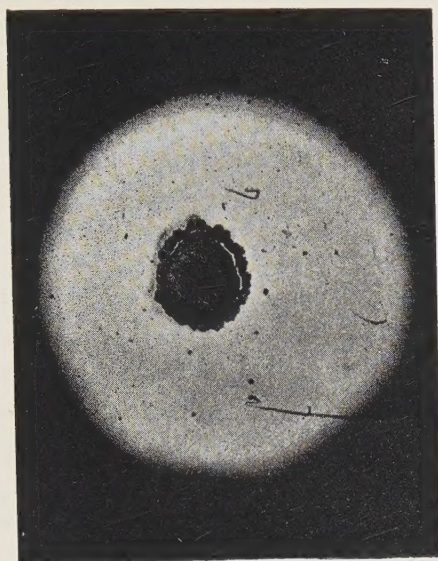


Fig. 2

